

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

25. Änderung
der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-
Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken
für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014
(Anlage 2a BMV-Ä)

Artikel 1

1. In der Übersicht in Kapitel 1.4 wird der Eintrag zu Muster 61Da/E angepasst:

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
„Muster 61Da/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Original für die Krankenkasse	Ja	0“

2. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 61Ea/E und 61Eb/E eingefügt:

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
„Muster 61Ea/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Original für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 61Eb/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	0“

3. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 63 angepasst:

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
„Muster 63a.1/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 63a.2/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 63b/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für den spezialisierten Leistungserbringer	Ja	1

<i>Muster 63c/E</i>	<i>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</i>	<i>Für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen</i>	<i>Ja</i>	<i>1</i>
<i>Muster 63d/E</i>	<i>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</i>	<i>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</i>	<i>Ja</i>	<i>1“</i>

4. Die Nummer 2.56 wird angepasst:

***„2.56 Muster 56/E: Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport / Funktionstraining
(Stand: 01.2023)“***

5. In den Nummern 2.56.6 und 2.56.7 werden die Abbildungen wie folgt geändert:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Antrag auf Kostenübernahme

56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportart

- Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Ausdauer- und Kraftausdauerübungen
 Bewegungsspiele Sonstige _____

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)
 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittlähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, mittelgradig	
Morbus Bechterew	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Empfohlene Funktionstrainingsarten

- Trockengymnastik
 Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

- 12 Monate (Richtwert)
 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrom
Kollagenosen
Morbus Bechterew
Osteoporose
Polyarthrosen, schwer
Psoriasis-Arthritis
Rheumatoide Arthritis

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

24 Monate (Richtwert)

Folgeverordnung mit Begründung, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

2.56.7 Muster 56.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Rehabilitationssport ist notwendig für Herzgruppe Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

Erstverordnung 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Folgeverordnung 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

Kinderherzgruppen 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

Rehabilitationssport	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x
Funktionstraining als Trockengymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x
Funktionstraining als Wassergymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x

Begründung bei insgesamt 3x

Abweichung von oben genannten Richtwerten

_____ Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

_____ Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/
Funktionstraining bereits teil seit (Monat/Jahr) _____ Datum

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

Rehabilitationssports	Funktionstrainings
<input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten / 18 Monate	<input type="checkbox"/> 12 Monate
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 36 Monate	<input type="checkbox"/> 24 Monate
<input type="checkbox"/> Herzgruppe <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzgruppe	_____ Monate
<input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten / 24 Monate	Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen
<input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten / 12 Monate	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)	
<input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins	
_____ Übungseinheiten	

für den Zeitraum vom _____ längstens bis _____ Datum

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRFNR.
Muster 56.2/E (1.2023)

Original: DIN A4 hoch

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2023 in Kraft.

Berlin, den 15.12.2022

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin